

## Zespół jelita drażliwego u dzieci i młodzieży

Irritable bowel syndrome in children

Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, Bartosz Romańczuk

Pediatr Pol 2010;  
85 (1): 52–56

© 2010 by Polskie

Towarzystwo Pediatryczne

Otrzymano/Received:

26.08.2009

Zaakceptowano do

druku/Accepted:

15.09.2009

To jest Open Access artykuł pod

CC BY-NC-ND licencji

Katedra i Klinika

Pediatric, Alergologii

i Gastroenterologii

Collegium Medicum im.

Ludwika Rydygiera

w Bydgoszczy

Uniwersytetu Mikołaja

Kopernika w Toruniu

Kierownik Kliniki:

prof. dr hab. n. med.

Mieczysława

Czerwionka-Szaflarska

Konflikt interesu/

Conflicts of interest:

Autorzy pracy nie zgłaszają

konfliktu interesów

Adres do korespondencji/

Address for

correspondence:

prof. dr hab. n. med.

Mieczysława

Czerwionka-Szaflarska

Katedra i Klinika

Pediatric, Alergologii

i Gastroenterologii

ul. M. Skłodowskiej-Curie 9

85-094 Bydgoszcz

tel. (052) 585 48 50

fax. (052) 585 40 86

e-mail: klped@cm.umk.pl

### STRESZCZENIE

Zgodnie z III kryteriami rzymskimi, zespół jelita drażliwego należy do czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego u dzieci i młodzieży (grupa H). W pracy przedstawiono kryteria rozpoznania, objawy kliniczne, diagnostykę i leczenie zespołu w populacji wieku rozwojowego.

**Słowa kluczowe:** zespół wrażliwego jelita, bóle brzucha, dzieci

### SUMMARY

According to the Roman Criteria III, irritable bowel syndrome (IBS) is a functional bowel disorder in children (group H). In this paper we review diagnosing criteria, clinical manifestations, diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome in children.

**Key words:** irritable bowel syndrome, abdominal pain, children

### Czynnościowe zaburzenia przewodu pokarmowego

Czynnościowe zaburzenia przewodu pokarmowego to różne kombinacje przewlekłych lub nawracających objawów ze strony przewodu pokarmowego, których nie można wytłumaczyć nieprawidłowościami strukturalnymi lub biochemicznymi. W opublikowanych w 2006 r. III kryteriach rzymskich, klasyfikujących czynnościowe zaburzenia przewodu pokarmowego u dzieci, wyróżniono grupę noworodków, niemowląt i dzieci w wieku poniemowlęcym (grupa G) oraz grupę dzieci starszych i młodzieży (grupa H) (tab. 1) [1].

### Kryteria diagnostyczne zespołu jelita drażliwego u dzieci

Rozpoznanie **zespołu jelita drażliwego** (synonimy: zespół jelita nadpobudliwego, zespół jelita nadwrażliwego) (IBS, *irritable bowel syndrome*) u dzieci wiąże się z występowaniem wszystkich z wymienionych poniżej objawów, co najmniej raz w tygodniu, przez co najmniej 2 miesiące przed ustaleniem rozpoznania [1]:

1. Uczucie dyskomfortu w jamie brzusznej (nieprzyjemne uczucie nieopisywane jako ból) lub ból spełniający co najmniej 2 z poniżej wymienionych warunków przez minimum 25 % czasu:

- poprawa po defekacji,
- początek związany ze zmianami częstotliwości wypróżnień,
- początek związany ze zmianami konsystencji (wyglądu) stolca,

2. Nieobecność objawów wskazujących na proces zapalny lub nowotworowy, wadę anatomiczną albo metabolizmu, które mogłyby wyjaśnić dolegliwości pacjenta.

W porównaniu z II kryteriami rzymskimi skrócono czas niezbędny do rozpoznania zespołu z 3 do 2

miesiący, co pozwala na szybsze ustalenie rozpoznania i wcześniejsze włączenie leczenia [1].

### Epidemiologia

Zespół jelita nadwrażliwego jest jednym z najczęstszych zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego. W krajach zachodnich jego występowanie ocenia się na 15–20% populacji młodocianych i dorosłych [2]. Objawy chorobowe najczęściej pojawiają się w okresie od dojrzewania do 30 roku życia [3]. W populacji wieku rozwojowego zespół jelita nadpobudliwego jest rozpoznawany rzadziej niż u dorosłych. Hyams i wsp. [3] stwierdzili występowanie IBS u 8% uczniów klas szkół średnich (średni wiek 12,6 lat) z nawracającymi bólami brzucha w wywiadzie. Statystycznie częściej chorują kobiety (stosunek kobiet do mężczyzn wynosi 2,5:1) [4].

### Etiopatogeneza

Etiopatogeneza zespołu jelita drażliwego jest złożona i nie została dotychczas dokładnie wyjaśniona. W piśmiennictwie zwraca się uwagę na nieprawidłową motorykę jelit oraz zaburzenia czucia trzewnego (nadwrażliwość trzewna) [5]. Zaburzenia motoryki jelit są spowodowane nieprawidłowym uwalnianiem enterohormonów i neuroprzekazników oraz wadliwą czynnością mięśni gładkich jelita. U pacjentów z rozpoznaniem zespołu jelita drażliwego skurcze odcinkowe jelit występują częściej i są dłuższe niż u osób zdrowych. Czynniki predysponującymi do rozwoju choroby są uwarunkowania genetyczne oraz silne przeżycia emocjonalne. Zaostrzenie dolegliwości klinicznych obserwuje się pod wpływem stresu, błędów dietetycznych, infekcji, procesów zapalnych, urazu oraz substancji drażniących śluzówkę jelita

**Tabela 1. Czynnościowe zaburzenia przewodu pokarmowego u dzieci (grupa H) wg III kryteriów rzymskich [1]**  
**Table 1. Functional gastrointestinal disorders according to the Roman Criteria III (group H)**

### H1. Wymioty i aerofagia:

#### H1. Vomiting and aerophagia:

##### H1a. zespół przeżuwania (ruminacji) u młodzieży

H1a. adolescents rumination syndrome

##### H1b. zespół wymiotów cyklicznych

H1b. cyclic vomiting syndrome

##### H1c. aerofagia

H1c. aerophagia

### H2. Czynnościowe zaburzenia przewodu pokarmowego związane z bólem brzucha:

#### H2. Abdominal pain-related functional disorders:

##### H2a. dyspepsja czynnościowa

H2a. functional dyspepsia

##### H2b. zespół jelita drażliwego

H2b. irritable bowel syndrome

##### H2c. migrena brzuszna

H2c. abdominal migraine

##### H2d. czynnościowy ból brzucha u dzieci (H2d1. zespół czynnościowego bólu brzucha u dzieci)

H2d. childhood functional abdominal pain (H2d1. childhood functional abdominal pain syndrome)

### H3. Zaparcie i nietrzymanie stolca:

#### H3. Constipation and incontinence:

##### H3a. zaparcie czynnościowe

H3a. functional constipation

##### H3b. nietrzymanie stolca bez zaparcia

H3b. nonretentive fecal incontinence

(laktozy, fruktozy, kwasów żółciowych, alergenów pokarmowych).

### Objawy kliniczne

Do rozpoznania zespołu jelita drażliwego u dzieci konieczne jest spełnienie 3 warunków:

1. Wywiad kliniczny odpowiadający III kryteriom rzymskim,
2. W badaniu przedmiotowym nie stwierdza się odchyśleń od stanu prawidłowego,
3. Rozwój dziecka (oceniany na siatkach centylowych) jest prawidłowy.

Zespół jelita nadpobudliwego u dzieci charakteryzuje się występowaniem nawracających czynnościowych bólów brzucha oraz zmianami w częstotliwości i konsystencji oddawanych stolców.

Bóle brzucha mają różną lokalizację, ale typowo umiejscowione są w prawym lub lewym podbrzuszu [6]. Wykazują one różne nasilenie i przerywany charakter. Dzieci skarżą się na dolegliwości bólowe brzucha głównie w dzień, często 60–90 minut po posiłku. Oddanie gazów lub stolca znacznie zmniejsza natężenie bólu.

Do objawów klinicznych mogących wskazywać na zespół jelita nadwrażliwego u dzieci należą [7]:

- nieprawidłowa częstota oddawania stolców (więcej niż 3 wypróżnienia dziennie lub mniej niż 3 wypróżnienia tygodniowo),
- nieprawidłowy wygląd stolca (twarde lub luźne/

wodniste, niekiedy naprzemiennie twarde i luźne, okresowo o kształcie „kozich bobków”, z domieszką śluzu),

- zaburzenia defekacji (nagłe parcie na stolec, uczucie niepełnego wypróżnienia, retencja stolca),
- wzdęcia lub uczucie rozdęcia brzucha.

Ze względu na charakter oddawanych przez pacjenta stolców wyróżnia się 3 postaci choroby (biegunkową, zaparciową i mieszaną).

Zespół jelita nadpobudliwego ma charakter przewlekły i przebiega z okresami zaostrzeń i remisji. Okresy bólów brzucha z jednoczesnym oddawaniem zmienionych stolców mogą przeplatać się z okresami bezobjawowymi.

U pacjentów z zespołem jelita drażliwego mogą pojawić się objawy towarzyszące (tab. 2) [5].

U dzieci z rozpoznaniem zespołu jelita drażliwego częściej występują lęki, zmiany nastroju, zaburzenia snu, stany depresyjne oraz somatyzacja dolegliwości.

### Diagnostyka zespołu jelita drażliwego

Zespół jelita nadwrażliwego jest zaburzeniem czynnościowym i nie stwierdza się w nim nieprawidłowości strukturalnych czy biochemicznych. Główne znaczenie w postępowaniu diagnostycznym ma tzw. diagnoza pozytywna, polegająca na ustaleniu rozpoznania na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych zespołu, a nie na wykluczeniu innych chorób [5].

**Tabela 2.** Objawy towarzyszące w zespole jelita drażliwego u dzieci [5]  
**Table 2.** Concomitant symptoms in irritable bowel syndrome in children [5]

Objawy towarzyszące w zespole jelita drażliwego Concomitant symptoms in irritable bowel syndrome	
Ze strony przewodu pokarmowego: Gastrointestinal:	Ze strony innych układów: Others:
skurcze przełyku esophagospasm dyspepsja dyspepsia zapalenie guzków krwawniczych haemorrhoids szczelina odbytu anal fissure	bóle głowy, migrena headache, migraine uczucie zmęczenia fatigue zaburzenia snu sleep disorders zaburzenia miesiączkowania dysmenorrhea zaburzenia oddawania moczu (dysuria, polakisuria) dysuria bóle grzbietu dorsalgia tachykardia i kołatanie serca tachycardia

**Tabela 3.** Różnicowanie zespołu jelita drażliwego u dzieci [7]  
**Table 3.** Differentiation of irritable bowel syndrome in children [7]

Postać z przewagą biegunk: Diarrhoea type:	Postać z przewagą zaparcia stolca: Constipation type:
nieswoiste zapalenia jelit inflammatory bowel disease zakażenia bakteryjne, wirusowe i pierwotniakowe bacterial and protozoan infections zespoły złego wchłaniania (w tym celiakia) malabsorption syndrome (including coeliac disease) hipolaktazja hypolactasia biegunki sekrecyjne secretory diarrhoea choroby tarczycy thyroid disorders zaburzenia wydzielania enterohormonów inappropriate secretion of enterohormones rakowiak carcinoid gruczolak kosmkowy adenoma villosum nadużywanie środków przeczyszczających laxatives overdosing	zaparcie czynnościowe functional constipation choroba uchyłkowa okrężnicy diverticulitis choroba Hirschsprunga Hirschsprung's disease zaburzenia czynnościowe odbytowo-prostnicze anorectal disorders choroby metaboliczne i endokrynne (w tym niedoczynność tarczycy, zatrucie witaminą D) metabolic and endocrinological diseases (including hypothyreosis and vitamine D3 overdosing) choroby OUN central nervous system diseases guzy jelita lub uciskające jelito z zewnątrz interstitial and stomach tumors

Jednostki chorobowe, z którymi należy różnicować zespół jelita drażliwego przedstawiono w tab. 3 [7].

Za organiczną przyczyną dolegliwości klinicznych przemawiać mogą [5]:

- gorączka,
- bóle wybudzające ze snu nocnego,
- obecność krwi w stolcu,
- chudnięcie,
- zahamowanie przyrostu masy ciała i wzrostu,
- bóle i obrzęki stawów,

- powiększenie narządów jamy brzusznej,
- obecność guza w jamie brzusznej,
- zmiany okołodbytnicze (przetoki, owrzodzenia, szczelina odbytu),
- przepuklina powłok brzucha,
- wystąpienie objawów u małych dzieci (do 4 lat).

U pacjentów z objawami alarmującymi należy zaplanować badania dodatkowe, m.in. [5]:

- badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, OB, enzymy wątrobowe i trzustkowe, mocz, kreatynina, elektrolity i glukoza we krwi,

- hormony tarczycy, kał na pasożyty, posiew ogólny i krew utajoną, badanie ogólne i posiew moczu),
- badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej,
- badania specjalistyczne (rektoskopia, sigmoidoskopia, kolonoskopia, wlew kontrastowy jelita grubego, badanie kontrastowe jelita cienkiego, gastroduodenoskopia, test laktozowy).

### Leczenie zespołu jelita drażliwego

W leczeniu zespołu jelita drażliwego u dzieci powinien uczestniczyć zespół składający się z pediatry lub gastroenterologa dziecięcego, dietetyka i niejednokrotnie psychologa. Nieocenione wydają się pomoc oraz zaangażowanie rodziców i rodziny pacjenta. Podstawą leczenia zespołu jelita nadpobudliwego jest dobra współpraca pomiędzy lekarzem a młodym pacjentem.

Sukces terapeutyczny osiąga się dopiero po uzyskaniu zaufania chorego.

Należy uspokoić pacjenta i jego rodziców oraz poinformować ich o czynnościowym charakterze dolegliwości i przewlekłym przebiegu choroby, z okresami zaostrzeń i remisji. Ogromne znaczenie ma prawidłowo zebrany wywiad kliniczny, w którym powinno się zwrócić uwagę na występowanie czynników predysponujących do rozwoju choroby i zaostrzających jej przebieg (m.in. stres, nieprawidłowe nawyki dietetyczne, urazy, brak aktywności fizycznej). Badanie podmiotowe wymaga indywidualnego podejścia lekarza do każdego pacjenta.

U wszystkich dzieci chorych lub podejrzewanych o zespół jelita drażliwego konieczne jest przeprowadzenie konsultacji psychologicznej, najlepiej w obecności i z czynnym udziałem rodziców. Niekiedy pacjenci wymagają stałej opieki psychologicznej. W terapii wykorzystywane są m.in. ćwiczenia relaksacyjne, trening progresywnej relaksacji mięśni, wyuczenie sposobów redukcji stresu, tłumienie nadmiernych reakcji oraz trening asertywności społecznej [8].

### Postępowanie dietetyczne

Postępowanie dietetyczne zależy od charakteru oddawanych przez dziecko stolców. W okresie bezobjawowym dieta powinna być tradycyjna. Niezbędna jest eliminacja z diety pokarmów zaostrzających przebieg zespołu jelita drażliwego. Dolegliwości najczęściej nasilają: pszenica, produkty mleczne, ryby, owoce morza, jaja, orzechy i soja [9].

W postaci zaparciowej zaleca się wprowadzenie diety bogatoresztkowej (bogatej w błonnik pokarmowy) oraz przyjmowanie zwiększonej ilości płynów (napojów niegazowanych, kompotów czy soków). Błonnik (tzw. włóknik pokarmowy) to zespół ścian komórkowych roślin nietrawionych i niewchłanianych w przewodzie pokarmowym człowieka. Składa się on z frakcji nierozpuszczalnych (celuloza, ligniny) i rozpuszczalnych w wodzie (pektyny, gumy, glukoman-

nan, śluzu i częściowo hemicelulozy) [10]. Spożywanie pokarmów bogatobłonnikowych ułatwia oddawanie stolca i poprawia rytm wypróżnień poprzez nasilenie fermentacji oraz zwiększenie ilości wody w dolnym odcinku przewodu pokarmowego. U dzieci zdrowych zaleca się spożywanie włóknika pokarmowego w ilości 0,5 g/kg m.c. (ale nie więcej niż 35 g/dobę) [11]. Istnieje możliwość podawania błonnika z innych źródeł (preparaty farmakologiczne). W diecie bogatoresztkowej przeciwwskazane są produkty wzdymające (np. świeże pieczywo, groch, fasola, gotowana kapusta, kalafior, świeże ogórki), zawierające garbniki (np. mocna herbata, kakao, kawa ziarnista, czekolada) oraz ciężkostrawne (np. smażone jajka, mięso czerwone, sery żółte i pleśniowe) [10].

U pacjentów z biegunkową postacią zespołu jelita nadpobudliwego zaleca się natomiast ograniczenie spożycia pokarmów z dużą ilością włókien roślinnych, z niecałkowicie wchłanianymi węglowodanami, jak skrobia, laktoza, sorbitol, oligosacharydy [12].

### Postępowanie farmakologiczne

Ze względu na wysoką skuteczność placebo (40–70%) farmakoterapia w zespole jelita drażliwego jest przez część autorów kwestionowana [2]. W leczeniu stosuje się różne grupy leków, w zależności od objawów dominujących i ich nasilenia.

**Trymebutyna** jest agonistą receptorów enkefalinowych znajdujących się w ścianie jelit. Łączy się ona zarówno z receptorami mi i delta (pobudzenie perystaltyki), jak i z receptorami kappa (hamowanie). Lek przywraca prawidłową perystaltykę jelita i jest skuteczny w zwalczaniu wzdęć i bólów brzucha.

**Mebeweryna** zmniejsza dolegliwości bólowe brzucha poprzez rozkurcz mięśniówki jelita (działanie spazmolityczne). Działa ona bezpośrednio i wybiórczo na błonę śluzową mięśni gładkich przewodu pokarmowego.

Podobne działanie wykazują papaweryna i jej syntetyczna pochodna – drotaweryna.

W przypadku wzdęcia brzucha (z nadmiernym gromadzeniem gazów w przewodzie pokarmowym) zaleca się podanie **simetykonu**. Powoduje on pękanie pęcherzyków gazu poprzez zmniejszenie napięcia powierzchniowego na granicy fazy płynnej i gazowej w przewodzie pokarmowym [13]. Lek nie wpływa na motorykę jelita, ani nie drażni jego ściany.

U pacjentów cierpiących jednocześnie na bóle i wzdęcia brzucha zastosować można preparat złożony – **meteospasmyl** – będący połączeniem simetykonu i alweryny, która szybko i silnie rozkurcza mięśnie gładkie przewodu pokarmowego.

U dzieci z postacią zaparciową choroby i znacznym zaleganiem mas kałowych w jelicie grubym niezbędne jest zastosowanie leków przeczyszczających [10]. Ze względu na mechanizm działania wyróżnia się pre-

paraty osmotyczne (laktuloza, makrogole), poślizgowe (płynna parafina, dokuzan sodowy), pęczniące (babka lancetowata) oraz drażniące (bisakodyl, sennozydy). Leki te powinny być podawane tylko przez okres utrzymywania się dolegliwości, w minimalnej dawce skutecznej.

**Probiotyki**, są to żywe drobnoustroje, które podawane w odpowiednich ilościach wywierają korzystny efekt zdrowotny. Kalander i wsp. [14] oceniali skuteczność mieszanki probiotyków (w tym *Lactobacillus rhamnosus*) w leczeniu zespołu jelita drażliwego. Do badania zakwalifikowano 100 osób, które przez 6 miesięcy otrzymywały probiotyki lub placebo. Autorzy wykazali, że wśród pacjentów otrzymujących probiotyki objawy kliniczne zespołu jelita nadpobudliwego zmniejszyły się w istotnie statystycznie większym stopniu niż u osób otrzymujących placebo. Podobne wyniki uzyskali Niedzielin i wsp. [15], którzy badali skuteczność *Lactobacillus plantarum* 299V u 40 pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego. Po 4 tygodniach leczenia obserwowano ustąpienie bólów brzucha u wszystkich pacjentów otrzymujących probiotyk, a u otrzymujących placebo tylko u połowy z nich.

#### Piśmiennictwo

1. Rasquin A, di Lorenzo C, Forbes D i in. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130: 1527–1537.
2. Weber FH, McCallum RW. Clinical approaches to irritable bowel syndrome. *Lancet* 1992; 1: 1447–1452.
3. Hyams JS, Burke G, Davis PM i in. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescence: a community based study. *J Pediatr* 1996; 129: 220–226.
4. Francis CY, Whorwell PJ. Irritable bowel syndrome. *Br Med J* 1997; 73: 1–7.
5. Ryżko J. Zespół jelita drażliwego. *Standardy Medyczne* 2005; 3: 1640–1646.
6. Manning AP i in. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978; 2: 653–654.
7. Iwańczak B, Iwańczak F. Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego pod redakcją Leszka Paradowskiego. Cornetis, Wrocław 2007; 181–184.
8. Blanchard EB, Schwartz SP. Adaptation of multicomponent treatment for irritable bowel syndrome to a small-group format. *Biofeedback Self Regul* 1987; 12: 63–69.
9. Pawełas A. Leczenie zespołu jelita nadwrażliwego. *Essent Med* 2008; 2: 41–47.
10. Czerwionka-Szaflarska M, Romańczuk B. Postępowanie w zaparciu czynnościowym stolca u dzieci i młodzieży. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2008; 2: 349–357.
11. Ryżko J, Olek A, Stolarczyk A. Żywnienie w zaparciach stolca u dzieci. *Standardy Medyczne* 2001; 12: 16–25.
12. Dapoigny M, Stockbrugger RW, Azpiroz F i in. Role of alimentary in irritable bowel syndrome. *Digestion* 2003; 67: 225–233.
13. Camilleri M. Management of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2001; 120: 652–668.
14. Kalander K, Hatakka K, Poussa T. A probiotic mixture alleviates symptoms in IBS patients: a controlled 6-month intervention. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22: 387–394.
15. Niedzielin K, Kordecki H, Birkenfeld B. A controlled, double-blind, randomized study on the efficacy of *Lactobacillus plantarum* 299V in patients with irritable bowel syndrome. *Eur J Gastr Hep* 2001; 13: 1143–1147.